FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 7 janvier 1909, à 1 heure

Par **J. CADEAU**

Né à Saint-Denis-d'Anjou (Mayenne) le 2 avril 1882

DE

L'INCISION ET DE LA SUTURE

DE LA PAROI ABDOMINALE

DANS

L'OPÉRATION DE L'APPENDICITE

Président : M. QUÉNU, *professeur.*

Juges : MM. DE LAPERSONNE et PRENANT, *professeurs.*
AUVRAY, *agrégé.*

PARIS
IMPRIMERIE DES FACULTÉS
A. MICHALON
10, Rue de Vaugirard, 10 (*près l'Odéon*)
(*Anciennement : 26, rue Monsieur-le-Prince*)

1909

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	BRISSAUD. DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	N***.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	G. BALLET
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	N***.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. QUENU. RECLUS. SEGOND.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD. BAR. RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BESANÇON (Fern.)	DUVAL (Pierre)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA (André)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (André)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ (Marcel)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Tout particulièrement.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR QUEYRAT

MÉDECIN DES HOPITAUX

En témoignage de profonde gratitude.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR QUÉNU

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL COCHIN

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES PREMIERS MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DE L'HÔTEL-DIEU D'ANGERS

Stage hospitalier:

MM. MONPROFIT. Clinique Chirurgicale.
JAGOT. Clinique Médicale.
MOTAIS. Clinique Ophtalmologique.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HÔPITAUX DE PARIS

Stage hospitalier:

MM. CARNOT. Clinique Médicale (*Service de M. le professeur Hayem à l'Hôpital Saint-Antoine*).

LEPAGE. Clinique Obstétricale de l'Hôpital de la Pitié.

LEJARS. Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine.

QUEYRAT. Médecin de l'Hôpital Cochin-Ricord.

Externat :

MM. JALAGUIER. Chirurgien de l'Hôpital des Enfants-Assistés.

TEISSIER P. Médecin de l'Hôpital Claude-Bernard (Porte d'Aubervilliers).

AVANT-PROPOS

J'ai voulu réunir dans ce travail les divers procédés d'incision et de suture de la paroi abdominale qui ont été préconisés pour l'opération de l'appendicite. Ce point de technique chirurgicale a été discuté maintes fois. Je suis allé demander conseil aux maîtres de Paris qui ont le plus étudié la question; je les ai vus opérer, pour la plupart. Et c'est d'après leurs indications personnelles que leurs différents procédés ont été décrits. Qu'il me soit permis de les remercier ici pour l'accueil bienveillant qu'ils ont bien voulu me faire.

J'ai également consulté les traités de chirurgie et de technique opératoire ; autant que je l'ai pu, j'ai recherché les travaux parus à l'étranger sur la question.

Mais je dois dire que les points les plus intéressants de cette thèse sont ceux qui traitent des procédés de nos chirurgiens français.

Voici les divisions que j'ai adoptées pour la clarté de l'ouvrage :

1° Incision et suture de la paroi abdominale dans l'appendicite non suppurée.

2° Incision et suture dans l'appendicite suppurée :

a) dans le cas de péritonite enkystée au niveau de l'appendice,

b) dans le cas d'abcès à distance loin de la fosse iliaque droite,

c) dans le cas de péritonite appendiculaire généralisée.

PREMIÈRE PARTIE

DANS LES APPENDICITES NON SUPPURÉES

Cette première partie est de beaucoup la plus importante. Elle envisage, en effet, l'appendicectomie à froid, qu'il s'agisse d'appendicite refroidie après une crise aiguë, ou d'appendicite chronique, à répétition, et l'appendicectomie à chaud, précoce, avant la réaction du péritoine. C'est alors l'opération idéale ; on n'a pas de pus à évacuer. L'opérateur s'applique à pratiquer une incision qui lui permette d'abord de trouver et d'enlever facilement l'appendice, puis ensuite de refermer solidement la paroi. Il craint l'éventration, surtout fréquente chez les obèses. Pour l'éviter, nombre de chirurgiens ont rivalisé d'ingéniosité.

D'une façon générale, on peut ranger leurs différentes incisions en trois catégories :

1° Les incisions parallèles à l'arcade de Fallope, obliques en bas et en dedans ;

2° Celles qui se pratiquent parallèlement au bord externe du grand droit et près de ce bord ;

3° Enfin les incisions sur la ligne médiane.

Voyons d'abord les premières, dont on peut dire que le type est celle de Roux (de Lausanne).

I. — Incisions parallèles a l'arcade de Fallope

Incision de Roux. — Elle a été décrite par son auteur dans la *Revue médicale de la Suisse Romande* (20 mai 1890). Roux l'y préconisait pour le traitement de la périty phlite suppurée; mais, comme elle a été employée maintes fois et par maints chirurgiens pour des appendicectomies, elle doit trouver place dans cette première partie.

« Nous faisons, écrivait Roux, une incision (oblique iliaque prolongée) parallèle au ligament de Poupart, parties égales en dedans et en dehors de l'épine iliaque antérieure et supérieure, dont elle est éloignée de 1 1/2 à 2 centimètres. Nous n'hésitons pas à lui donner une longueur de 15 à 18 centimètres (c'est le meilleur moyen d'opérer sûrement.) Incisant couche par couche, jusqu'au fascia transversalis, on trouve en haut et en arrière un seul rameau artériel qui donne un peu (branche de la circonflexe iliaque, entre le transverse et l'oblique interne.) Arrivé sous le fascia transversalis, nous incisons le péritoine seulement dans la partie supéro-externe de la plaie, là où l'on est sûr de rencontrer le cœcum (côlon). »

Il va sans dire que cette grande incision n'est applicable qu'aux cas suppurés. Il faut toujours, quand c'est

possible, la réduire au minimum nécessaire. Cinq ou six centimètres doivent suffire à froid. Roux lui-même, dans ces conditions, pratiqua plus tard, de très petites incisions, permettant à peine parfois l'introduction d'un doigt.

Ne serait-ce qu'au point de vue de l'esthétique, on ne doit pas mutiler inutilement la paroi.

Bien entendu, il faut que l'ouverture soit suffisante pour permettre sans trop de difficultés la recherche et l'ablation de l'appendice. Mais, en règle générale, il ne faut pas la pratiquer trop grande, si l'on ne veut pas avoir à craindre l'éventration consécutive.

En effet, dans l'incision de Roux, on sectionne l'aponévrose du grand oblique selon son sens, en bas et en dedans, mais, par contre, on incise les muscles petit oblique et transverse suivant une direction qui n'est pas celle de leurs fibres, puisque ces dernières sont à ce niveau transversales.

Or, même si l'on obtient une réunion parfaite, par première intention, des deux lèvres de la plaie, il se crée, dans la paroi, au niveau de la section des muscles, un tissu de moindre résistance, un véritable point faible, que, tôt ou tard, la pression intra-abdominale peut vaincre. Le malade sera ainsi exposé à la hernie, à l'éventration post-opératoire.

D'ailleurs, il faut compter avec la rétraction des fibres sectionnées de chaque côté de la cicatrice, sur laquelle elles tiraillent. Brun a vivement insisté sur cette rétraction fréquente du petit oblique sous le grand ; il faut avoir bien soin de le comprendre dans la suture: « Né

gliger cette précaution, c'est, dit-il, exposer son malade à une éventration. »

On a reproché aussi à l'incision de Roux trop prolongée de rendre possible la blessure de l'épigastrique et la section transversale du bord externe du grand droit.

Malgré ces désavantages, beaucoup de chirurgiens, entre autres Trèves, P. Reclus, l'ont d'abord adoptée et défendue.

On l'a souvent modifiée plus ou moins, la prolongeant en dehors de l'épine, ou, au contraire, vers le pubis, la faisant plus rapprochée de l'arcade, quelquefois un peu concave en haut et en dedans. On a reproché à cette dernière façon de faire d'exposer davantage à la hernie.

Il nous semble que cet accident est le gros danger de l'incision de Roux. On l'a fréquemment observé.

Pour y parer, on a préconisé surtout la petitesse de l'incision et le mode de suture par étages.

En théorie, cette suture à étages doit être plus solide que la suture en masse ; elle satisfait mieux l'esprit. En pratique, nombre de chirurgiens éminents emploient systématiquement la seconde et déclarent n'observer pas plus d'éventrations que leurs confrères qui pratiquent la première. On s'accorde toutefois généralement à reconnaître qu'une suture à étages soigneusement faite donne plus de garanties de solidité.

Le reproche qu'on peut lui faire, peut-être, est de donner en même temps plus de chances d'infection et d'exposer davantage le malade à une élimination de fils.

Ce dernier inconvénient serait surtout sensible lorsqu'on emploie de longs surjets. Il semble qu'il y a là une question de quantité.

Bien avant Roux, en 1884, Mohamed, de Londres, avait déjà conseillé cette incision parallèle au ligament de Poupart pour le traitement des périty phlites. Il s'en servait pour décoller le péritoine et aller d'arrière en avant à la recherche du pus. On verra que Poirier, en France, a préconisé un procédé qui s'en rapproche.

∴

Incision de Mac-Burney. — Mac-Burney a imaginé un procédé, qui porte son nom, grâce auquel la section des muscles petit oblique et transverse est évitée et la paroi normalement reconstituée. C'est l'incision de Roux perfectionnée. Il l'a formulé dans les *Annals of Surgery*, (July 1894).

Le voici en abrégé :

Incision oblique, d'environ quatre pouces de long, croisant à peu près à angle droit, à un pouce en dedans de l'épine iliaque, une ligne menée de cette épine à l'ombilic. Ouverture par simple dissociation des fibres du grand oblique et de son aponévrose. Séparation suivant la direction de leurs fibres, avec un instrument mousse et sans les couper, des faisceaux du petit oblique et du transverse. Incision transversale du fascia transversalis et du péritoine.

L'avantage de ce procédé est d'éviter toute section

de fibres musculaires. A ce point de vue, l'incision de Mac-Burney est préférable à celle de Roux.

La suture, qui se fait ici nécessairement par étages comprend trois plans : un premier péritonéal, dans lequel on comprend le fascia transversalis ; un second musculaire, transverse et petit oblique ; un troisième pour le grand oblique et son aponévrose. La peau est réunie par-dessus, et séparément. On ferme donc en trois temps, suture cutanée non comprise, comme on avait ouvert.

Les deux sutures profondes sont sur le même plan, qui est transversal ; les deux superficielles sont obliques en bas et en dedans ; le seul point faible est le point O, (voir la figure 1) ; il est réduit à l'intersection des deux plans de sutures.

« Quand l'opération est terminée, dit Mac-Burney, on peut voir que la disposition en grillage, à laquelle la paroi abdominale est redevable de sa force, est aussi bien rétablie que si l'opération n'avait pas été faite. »

On reconnaît aussi à l'incision de Mac-Burney le grand mérite de respecter vaisseaux et nerfs, ceux-ci suivant la direction des fibres musculaires et aponévrotiques.

En général, elle mène directement sur l'appendice.

Mais, on lui a reproché de nécessiter l'emploi de quatre écarteurs, deux pour la peau et l'aponévrose du grand oblique, deux autres pour la masse musculaire du petit oblique et du transverse ; ces écarteurs nécessitent deux aides et encombrent le champ opératoire. Ils ne sont peut-être pas absolument indispensables.

Pour obvier à cet inconvénient, M. Gosset, qui a, le

premier en France, préconisé le procédé de Mac-Burney (*Presse médicale* du 23 septembre 1905), a fait construire un écarteur spécial, à deux crochets seulement, prenant chacun toute l'épaisseur de la paroi ; ces deux crochets sont portés par deux branches parallèles, glissant à frottement sur une tige qui leur est perpendicu-

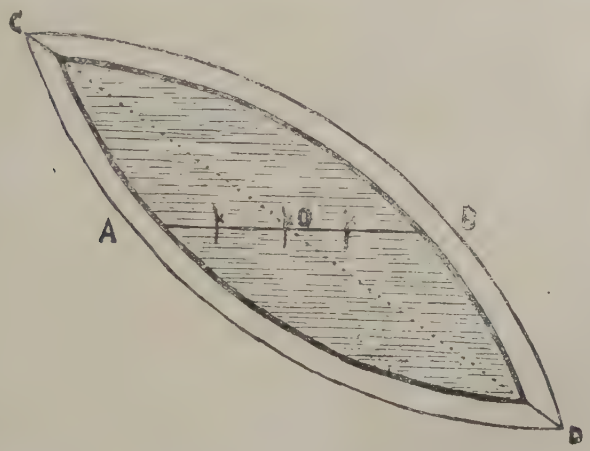

Fig. 1. — *Schéma de l'incision et de la suture de Mac-Burney.*

A B. — Ligne de suture des muscles petit oblique et transverse. On voit que l'incision a été faite suivant la direction de leurs fibres.

C D. — Ligne pointillée, fictive, suivant laquelle seront rapprochés et suturés les deux bords de l'incision du grand oblique et de la peau, encore béante.

O. — Point d'intersection des deux plans de sutures.

laire ; les branches peuvent être écartées facilement, mais se coincent sur la tige dès qu'une pression tend à rapprocher les crochets. L'écarteur est disposé de telle sorte que crochets et branches de support ont leur axe

dans le sens de la plaie cutanée; leur écartement ouvre la fente de la peau et du grand oblique, tandis que la largeur des crochets entr'ouvre les muscles petit oblique et transverse.

Cet écarteur serait toujours suffisant, même avec une incision de 5 à 6 centimètres, comme la pratique M. Gosset.

Pour la dissociation de la seconde couche musculaire, voici ce qu'écrit M. Gosset : « Juste à la jonction des fibres tendineuses, c'est-à-dire au niveau de la ligne de Spigel, faites avec deux pinces de Kocher un pli vertical et incisez transversalement ce pli. Vous arriverez de suite au péritoine, grâce à la minceur relative de la paroi à ce niveau. Si vous incisiez plus en dehors, en plein muscle, vous auriez à traverser une épaisse couche de tissu, et surtout vous aborderiez le péritoine au point où il se réfléchit pour tapisser la fosse iliaque, point où il est très décollable, en sorte qu'il fuirait devant le bistouri. Incisez donc au niveau du tendon du petit oblique et du transverse et ouvrez en même temps le péritoine. Quant à la portion musculaire de ces deux muscles, elle sera dissociée suivant la direction de leurs fibres, c'est-à-dire transversalement.

Ensuite, il ne reste plus qu'à prolonger en dehors l'ouverture du péritoine. »

« Et, m'a dit M. Gosset, entre une simple dissociation et une section de muscles, à facilité d'opération égale, il n'est pas permis d'hésiter : l'avantage est tout à la première. »

Il termine ainsi son étude dans la *Presse Médicale* :

« En somme, incision aussi peu mutilante que possible, arrivée directe sur la région appendiculaire, facilité de reconstitution d'une paroi solide et jour très suffisant, tels sont les avantages qui nous font penser que l'incision de Mac-Burney est l'incision de choix dans l'appendirectomie à froid. »

Il a d'ailleurs, autrefois, employé le procédé de Jalaguier et l'a complètement abandonné pour celui de Mac-Burney.

M. le Dr Banzet, qui a bien voulu nous donner certains renseignements, l'emploie depuis quelques années dans sa clientèle et s'en déclare très satisfait. Il ne sépare pas toujours à la sonde les fibres du petit oblique et du transverse ; quand leur dissociation est difficile, il les sépare au ciseau suivant leur sens.

Il fait remarquer qu'avec des incisions très petites, lorsqu'on a sorti en même temps que l'appendice toute la masse du cæcum, on éprouve parfois une assez grande difficulté à le rentrer dans l'abdomen. Il est pincé, et, en quelque sorte étranglé, par l'anneau fibro-musculaire que forment autour de lui les deux incisions cruciales.

M. Banzet, il est vrai, n'emploie pas d'écarteurs. M. Gosset n'a pas signalé cette difficulté.

Il semble intéressant de rappeler à ce propos qu'on a conseillé un procédé analogue pour établir l'anus contre nature, escomptant que l'anneau fibro-musculaire s'adapterait au rôle de sphincter. On l'a également conseillé pour la néphropexie.

Somme toute, l'incision de Mac-Burney est excellente.

En Amérique, en Angleterre, c'est l'incision de choix. Il faut voir en sa faveur un puissant témoignage dans ce fait que Roux (de Lausanne) l'a adopté depuis plusieurs années.

Mac-Burney considérait comme une contre-indication à son emploi la nécessité d'un drainage. M. Gosset est moins exclusif, et fait remarquer qu'elle permet « le drainage le plus direct ».

* * *

Incision de Poirier. — Poirier a décrit à la Société de Chirurgie (séance du 6 juillet 1898) une laparotomie spéciale pour appendicite se rapprochant de celles de Roux et Mohamed.

« Je fais, disait-il, une incision parallèle à la moitié externe de l'arcade, et je l'étends à 4 centimètres au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure ; cette incision est faite à 3 centimètres au-dessus des vaisseaux circonflexes iliaques que l'on reconnaît ordinairement au cours de l'opération. Lorsque je suis arrivé derrière le transverse, je cesse d'aller devant moi ; je creuse avec mon doigt et la sonde cannelée pour décoller le péritoine iliaque, comme si j'allais à la recherche des vaisseaux iliaques. J'aborde ainsi l'appendice ou la région appendiculaire par sa face postérieure (procédé *a posteriori*). »

« Ce procédé, dit Poirier,

1° Conduit sûrement sur l'appendice ;

2° Plus que tout autre, il ménage la grande cavité péritonéale. Il est surtout précieux dans l'opération à froid,

quand l'appendice est petit. Car, si petit qu'il soit, on le trouve toujours en palpant la région entre deux doigts introduits dans la plaie et la main gauche qui déprime la paroi ; c'est la palpation bi-manuelle de l'appendice. »

La pratique de Poirier, au point de vue de l'incision, paraît avoir les avantages comme les inconvénients de celle de Roux.

Sonnenburg a recommandé en Allemagne un procédé analogue.

Voilà passées en revue les principales incisions obliques, parallèles à l'arcade crurale, employées pour l'appendicectomie.

*
* *

II. — Incisions parallèles au bord externe du muscle droit

Incision de Max-Schüller. — Après avoir employé, comme tous les chirurgiens au début, l'incision sur la ligne médiane, en 1881, Max-Schüller préconisa pour l'appendicite l'incision latérale, parallèle au bord externe du muscle droit, mais en dehors de lui. « Cette incision passera en dehors du droit. » Son tiers supérieur se trouve au-dessus de la ligne ilio-ombilicale, ses deux tiers inférieurs sont au-dessous.

Ses avantages seraient de mener directement sur l'appendice et de permettre en même temps l'exploration des annexes.

Elle a un gros inconvénient : c'est que, faite en dehors du droit, elle sectionne verticalement des fibres musculaires et aponévrotiques qui sont transversales. On a fait un reproche semblable à l'incision de Roux. Comme cette dernière, l'incision de Max-Schüller ne permet pas une restauration solide de la paroi, et prédispose à l'éventration.

En lisant les *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie* (année 1895), on trouve deux observations d'appendicite opérées à froid par Ch. Février, de Nancy, dans lesquelles l'incision de la paroi fut faite un peu oblique, en dehors du grand droit, se rapprochant de celle de Max-Schüller.

Les voici rapportées :

Obs. I. — «... Incision de 10 centimètres, en dehors du muscle droit, 5 centimètres au-dessus d'une ligne horizontale passant par l'épine iliaque antéro-supérieure, 5 centimètres au-dessous. A sa partie supérieure, elle s'écarte environ de 2 centimètres du bord du muscle droit, qu'elle rejoint inférieurement... »

Cette incision se rapproche aussi de celle de Mac-Burney.

Obs. II. — « ... Incision, comme pour le premier malade, en dehors du droit ; l'extrémité inférieure de l'incision s'écartant de 2 centimètres environ de la ligne blanche latérale, tandis que l'extrémité supérieure y aboutit... »

* * *

Incision de Routier. — C'est en 1889, que M. Routier opéra, pour la première fois, une appendicite. Il em-

ploya d'abord l'incision médiane ; on ne faisait pas encore, en France, du moins, de laparotomies latérales.

Il m'a raconté lui-même comment il fut amené à les employer :

Un matin, pendant qu'il opérait une appendicite grave, avec adhérences nombreuses, et que la recherche de l'appendice était particulièrement laborieuse, le professeur Terrier entra dans la salle d'opérations. Voyant la difficulté qu'avait son confrère à libérer le cœcum et à l'attirer au dehors, il lui dit tout à coup : « Mais, pourquoi ne faites-vous pas une incision latérale ? » La première appendicite que M. Routier opéra dans la suite fut incisée parallèlement au bord externe du muscle droit.

C'est le mode d'incision qu'il emploie depuis ce temps.

Il fit d'abord son incision dans la ligne blanche latérale ; mais bientôt il empiéta vers le côté interne, sur la gaine du droit, ouvrant le feuillet antérieur de cette gaine, réclinant le muscle en dedans, et fendant en dernier lieu le feuillet postérieur avec le péritoine.

Quand il employa cette dernière incision, il ne prit jamais soin, comme le fit Jalaguier, de suturer le bord externe du muscle à l'angle externe de sa gaine. Il laissait les divers plans s'engrener d'eux-mêmes les uns dans les autres.

Actuellement, il passe franchement à travers le droit en dissociant ses fibres avec le dos de deux pinces à disséquer. Se guidant sur les diverses indications qui peuvent se présenter, il emploie, selon les cas, la suture

en masse avec fils métalliques, ou la suture par étages, liant au catgut les aponévroses, la peau au crin de Florence.

M. Routier m'a dit n'avoir jamais jusqu'ici observé d'éventrations, jamais d'atrophies musculaires. A froid, d'ailleurs, ses incisions ne dépassent pas 3 à 4 centimètres.

Cette incision à travers le muscle droit a été recommandée par Howitz, au congrès de Göteborg, en 1893.

On incise, disait-il, à 1 centimètre en dehors de la ligne blanche, et on passe dans le muscle ; ou bien, un peu plus loin, à 1 centimètre 1/2 en dedans du bord externe du droit. La suture se fait sur quatre plans : un plan profond comprenant péritoine et feuillet postérieur de la gaine ; un second pour la réunion des deux moitiés du muscle ; un troisième pour le feuillet antérieur de sa gaine ; un quatrième enfin pour la peau.

On a signalé avec l'emploi de ce procédé un certain nombre d'éventrations. Lennander, en Allemagne, en a rapporté plusieurs cas. Il aurait même observé une ou deux fois des éviscérations spontanées post-opératoires. Il signale en outre comme autres inconvénients :

La nécessité fréquente de lier l'épigastrique ;

La section possible des nerfs du grand droit, et, par conséquent, l'atrophie du côté interne du muscle ;

La superposition des divers plans de sutures.

M. Jalaguier m'a dit aussi avoir observé une éventration après avoir ainsi fait dans un cas l'incision à travers le droit.

Cependant, même lorsqu'il intervient pendant la

période aiguë, M. Routier emploie l'incision sur le droit. Et, si le drainage, souvent alors obligatoire, peut être supprimé après vingt-quatre heures, il est rare, dit-il, que la plaie ne se ferme pas rapidement et qu'on ait à redouter la hernie.

Il a toujours trouvé très incommode l'incision de Roux. Il n'admet pas plus l'incision de Mac-Burney, tout en reconnaissant qu'elle referme parfaitement la paroi. Même très petite, l'incision sur le droit lui semble plus pratique.

***

Incision de Jalaguier. — M. Jalaguier décrivit pour la première fois son procédé dans la *Presse Médicale* du 2 février 1897. Six mois auparavant, un chirurgien anglais, Battle, avait publié une note sommaire sur un procédé identique. Et, en décembre 1897, Kammerer, de New-York, le reprenait dans le *Medical Record*.

On le trouve encore décrit comme il suit par M. Jalaguier à l'article qu'il consacre à l'appendicite dans le *Traité de Chirurgie* de Duplay et Reclus.

« Sur le milieu de l'espace qui sépare l'épine iliaque antérieure et supérieure de l'ombilic, je fais une incision de 8 à 10 centimètres, parallèle au bord externe du muscle droit; le tiers supérieur de cette incision est au-dessus de la ligne ilio-ombilicale, les deux tiers inférieurs sont au-dessous. J'arrive directement sur l'aponévrose du grand oblique, qui est fendue de haut en bas dans toute la longueur de la plaie. Les deux lèvres de l'incision aponévrotique sont saisies avec des pinces à

pression et la lèvre interne est réclinée en dedans, pour découvrir la partie externe de la face antérieure du grand droit, enfermé dans sa gaine. Le bord externe du muscle est facile à reconnaître à la vue et au toucher. »

Il reste, en effet, assez souvent contracturé, le chloroforme ne faisant pas disparaître sa contracture. M. Routier le faisait remarquer dans une discussion à la Société de chirurgie, en juillet 1895. Cela rend même plus facile l'exploration du muscle avant l'ouverture de la paroi.

Kammerer a insisté sur l'importance qu'il y a à bien répérer avant l'opération ce bord externe du muscle droit, et conseille, pour cela, de provoquer la contraction du muscle en faisant asseoir le malade.

« J'incise la gaine, continue M. Jalaguier, dans toute la longueur de la plaie, à 1 centimètre environ en dedans du bord externe. Les deux lèvres de cette incision sont prises avec des pinces et la lèvre externe est disséquée de dedans en dehors jusqu'au bord externe du muscle. Cette dissection est des plus faciles, la gaine n'adhérant qu'à une intersection fibreuse qui se trouve vers le tiers supérieur de la plaie, mais qui n'est pas constante, Le bord externe du muscle est dégagé et refoulé en dedans ; deux écarteurs le maintiennent et la paroi postérieure de la gaine du grand droit se trouve largement découverte. On voit une artériole, avec veinule, et un filet nerveux qui traversent obliquement le champ opératoire à la partie moyenne.

« Le feuillet postérieur de la gaine (facia transver-

salis) est incisé, à son tour, à 1 centimètre environ en dedans du sommet de l'angle dièdre formé par sa réunion avec le feuillet antérieur. Cette incision doit être très prudente, car, à ce niveau, le fascia transversalis est directement appliqué sur le péritoine, sans la moindre interposition de tissu graisseux. La gaine et le péritoine sont fendus sur la même ligne, dans l'étendue nécessaire, et les bords de l'ouverture sont fixés avec des pinces. Il faut veiller à ne pas blesser les vaisseaux épigastriques qui passent à une petite distance de l'extrémité inférieure de l'incision; on les aperçoit par transparence montant obliquement de bas en haut et de dehors en dedans, entre le fascia transversalis et le péritoine.

« En général, on arrive ainsi sans difficultés sur le cæcum et sur l'appendice dont le siège le plus habituel est au-dessous et en dedans du cæcum. »

« Si l'appendice est difficile à trouver ou s'il est adhérent dans la profondeur, il faut se donner du jour en prolongeant l'incision par en bas. On fera bien de descendre en obliquant un peu en dehors de la gaine du muscle droit, pour éviter autant que possible les vaisseaux épigastriques. Il est préférable d'inciser sur le doigt, au bistouri plutôt qu'aux ciseaux. »

La reconstitution de la paroi s'obtient par la suture à étages (voir figure 2 : 1re manière).

Un surjet de catgut n° 0 ferme du même coup le péritoine et le fascia transversalis ; un aide facilite la chose en écartant en dedans, avec un écarteur de Farabeuf, en même temps qu'il le soulève, le bord externe du grand

droit ; il doit faire en sorte de ne pas appuyer, avec l'extrémité de l'écarteur sur le péritoine et le fascia transversalis qui sont très friables en général ; et cette suture est particulièrement difficile chez les adultes obèses.

Il n'est nullement nécessaire d'appliquer une suture spéciale sur le péritoine, si on a pris soin de ne pas le décoller du feuillet fibreux très mince auquel il adhère. Cette suture serait d'ailleurs trop délicate.

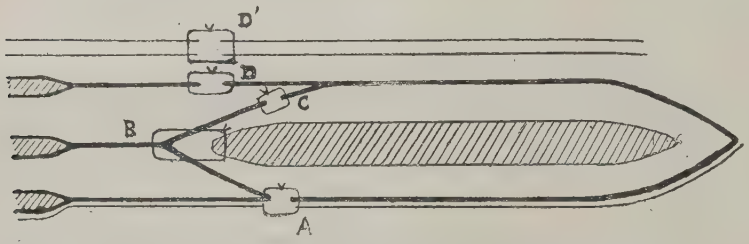

Fig. 2. — *Schéma montrant le mode* (1re manière) *d'incision et de suture dans le procédé de Jalaguier* (imité d'un schéma de M. Guibé dans son *Précis de Technique opératoire* : Abdomen).

A. — Suture réunissant le péritoine et le fascia transversalis.

B. — Point de suture maintenant le bord externe du muscle droit dans l'angle externe de sa gaine.

C. — Suture réunissant les deux bords du feuillet antérieur de la gaine du droit.

D. — Suture de l'aponévrose du grand oblique.

D. — Suture de la peau. Elle est sur le même plan que la précédente.

On enlève ensuite les écarteurs qui tiraient le grand droit en dedans, et l'on voit le muscle reprendre sa situation normale, s'étaler au devant de la ligne de suture. Son bord externe revient se poser dans l'angle dièdre formé par l'écartement des deux feuillets de sa

gaine. Un point de catgut, à sa partie moyenne, le fixe dans cette position.

Un deuxième surjet de catgut rapproche alors au devant de lui les deux bords de l'incision pratiquée sur le feuillet antérieur de sa gaine. Le grand droit est ainsi replacé dans son enveloppe, très exactement reconstituée, et les deux sutures se trouvent séparées l'une de l'autre par toute l'épaisseur du muscle interposé.

Un troisième et dernier surjet est appliqué sur l'aponévrose du grand oblique ; cette suture est située sur un plan notablement en dehors de celui des deux premières (un centimètre au moins). C'est encore là une condition favorable à la solidité de la paroi.

La peau est réunie au crin de Florence.

On trouve de nombreux détails sur cette suture dans la thèse de Ferron (Paris, 1900), qui fut l'élève de Jalaguier.

Ferron recommande tout particulièrement de placer les nœuds des crins de Florence non pas sur la ligne d'incision, mais en deçà ou au delà, leur pression sur la plaie étant très douloureuse. Il va de soi que cette recommandation est applicable aux sutures de chaque procédé.

Depuis ce temps, M. Jalaguier a quelque peu modifié sa façon de faire. Il incise maintenant sur un même plan la peau, l'aponévrose du grand oblique et le feuillet antérieur de la gaine du droit.

Il fait toujours un surjet profond sur le péritoine et le fascia transversalis. Mais le bord externe du grand droit n'est plus attaché à sa gaine. Enfin, une seule suture

par points séparés, au catgut, remplace les deux surjets de l'aponévrose du grand oblique et du feuillet antérieur de la gaine du droit, maintenant réunis sur la même ligne. « On observe ainsi, dit M. Jalaguier, moins d'éliminations peut-être; et s'il s'en fait une, un seul point peut faire défaut et la suture n'est pas toute désunie. »

Un point intéressant à noter est la technique de sa suture finale de la peau. Il a coutume de faire alterner des points superficiels d'affrontement, avec des points profonds prenant un peu l'aponévrose du grand oblique. Ces derniers sont toujours au moins trois ; l'un d'eux est placé au milieu de l'incision, les deux autres à ses extrémités. Ils ont pour but de faire adhérer intimement le tissu cellulaire et l'aponévrose. On n'observerait jamais ainsi d'hématomes sous-cutanés.

J'ai eu le plaisir, tout récemment, de voir opérer M. Jalaguier et j'ai observé un autre détail intéressant: Après avoir incisé le feuillet antérieur de la gaine du grand droit, il fixe les deux bords de l'aponévrose avec des pinces (deux pour chaque bord); il dispose alors, de chaque côté de l'incision, deux champs, propres, qui plongent dans la plaie et qu'il prend avec l'aponévrose dans ses pinces. Le bord cutané de l'incision se trouve ainsi à l'abri de tout contact jusqu'au muscle.

Après avoir récliné celui-ci, et avoir incisé le feuillet postérieur, il fixe encore avec des pinces les bords de ce dernier. Deux nouveaux champs, par dessus les premiers, descendent de chaque côté au fond de la plaie et sont fixés avec les pinces placées sur le fascia trans-

versalis. Les bords de la plaie sont tout entiers protégés et l'on sort l'appendice entre deux haies de linges stériles.

M. Jalaguier n'a jamais jusqu'ici observé d'éventrations. Au point de vue de la solidité ultérieure de la paroi, sa seconde manière de faire est tout aussi parfaite que la première. L'expérience le lui a démontré depuis longtemps.

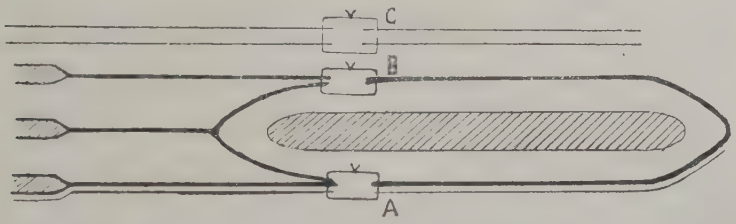

Fig. 3. — *Schéma montrant le mode* (2me manière) *d'incision et de suture dans le procédé de Jalaguier* (Imité d'un schéma de M. Guibé dans son Précis de technique opératoire : Abdomen).

A. — Suture réunissant le péritoine et le fascia transversalis.

B. — Suture réunissant le feuillet antérieur de la gaine du droit et l'aponévrose du grand oblique.

C. — Suture de la peau.

On voit que la peau, l'aponévrose du grand oblique et le feuillet antérieur de la gaine sont incisés sur le même plan. Le point de suture du droit à l'angle externe de sa gaine est négligé, et le feuillet antérieur de celle-ci est suturé avec l'aponévrose du grand oblique.

On a reproché à l'incision de Jalaguier d'être trop loin de la fosse iliaque. On a dit qu'elle menait moins directement que celle de Roux sur l'appendice. Mais on lui a également adressé un autre reproche qui détruit nécessairement le premier, à savoir que le cæcum vient

appuyer contre l'incision dans toute sa hauteur et peut ainsi la forcer et se hernier sous la pression abdominale.

Si le cœcum occupe normalement cette position, la recherche de l'appendice doit être ordinairement facile. En fait, l'incision de Jalaguier mène presque toujours directement sur lui.

Quant à l'éventration possible sous la poussée du cæcum, elle ne se produit jamais. Grâce aux sutures soigneusement faites, par étages, et à plans non superposés, la paroi abdominale conserve toute sa force. Même chez les obèses, elle résiste ordinairement très bien.

Un reproche, plus fondé peut-être, qu'on peut lui adresser, est la difficulté qu'on a parfois à suturer le péritoine. Comme Ferron le fait remarquer dans sa thèse, il est à ce niveau très friable, il résiste mal à l'aiguille et se déchire facilement. Naturellement, il peut s'en suivre les accidents consécutifs à une reconstitution péritonéale imparfaite : adhérence de l'intestin à la paroi, coudure, occlusion intestinale.

Cette friabilité du péritoine n'est pas aussi marquée dans la fosse iliaque ; et quand on fait l'incision de Roux ou de Mac-Burney, sa suture se fait sans difficultés. M. Jalaguier recommande d'employer pour la suture du péritoine une aiguille et des fils très fins. On ne déchire pas ainsi la séreuse.

Renaudière de Vaux, dans sa thèse (Paris 1901) étudie l'atrophie du grand droit consécutive à la section du paquet vasculo-nerveux que signale M. Jalaguier

entre le péritoine et le fascia transversalis, à la partie moyenne de son incision. Cette atrophie pourrait devenir une cause d'éventration.

Mais, il ne semble pas qu'il l'ait jamais vue bien marquée.

« Au point de vue des sections nerveuses, dit-il, cette incision est assez intéressante. On rencontre constamment en la pratiquant deux paquets vasculo-nerveux, l'un à la partie supérieure, l'autre dans le tiers inférieur de la plaie. »

De recherches faites sur le cadavre, il résulte, en effet, qu'il a presque toujours trouvé, au niveau de la plaie, ces deux paquets vasculo-nerveux. M. Jalaguier n'en signale qu'un dans sa description, mais reconnaît qu'on en trouve souvent plusieurs.

« Dans les petites incisions, continue Renaudière, c'est-à-dire celles qui mesurent 9 à 10 centimètres, pratiquées le plus souvent dans les cas simples, on peut assez facilement les faire ériguer, petit inconvénient qui nécessite un aide spécial. Dans les incisions plus longues, on est bien forcé de les couper. »

Souvent M. Jalaguier peut passer entre eux quand ils le gênent ils les coupe systématiquement ; même parfois il les résèque. M. Jalaguier les évitait autrefois. Mais, ayant constaté, à plusieurs reprises, que ces nerfs, pincés par le surjet du feuillet postérieur de la gaine, ou pris dans le tissu de cicatrice, devenaient une source de névralgies, il se mit à les sectionner. Et, depuis lors, il n'observe pas plus d'atrophies du droit qu'auparavant.

Cependant, on a vu que Lennander cite quelques cas

d'atrophie partielle du muscle à la suite d'incisions juxta-médianes passant au travers, et un autre à la suite de l'incision de Max-Schüller. Il ajoute, sans donner d'exemples, il est vrai, que l'accident peut se produire avec l'incision de Jalaguier.

Assmy, élève de Czerny, combat aussi cette incision, pour les mêmes raisons.

Mais, comme le fait remarquer Renaudière, on ne peut étendre aux incisions faites sur le bord externe du droit, ne sectionnant pas le muscle, les conclusions qu'on peut tirer de celles passant à travers lui.

Et il cite une liste de seize malades, bien étudiés au point de vue de l'intégrité fonctionnelle de leurs muscles droits, ayant été opérés par le procédé de Jalaguier et guéris depuis deux ans, trois ans et plus, qu'il a trouvés sans aucune atrophie musculaire.

Il n'a pas trouvé d'observations de hernies post-opératoires après l'emploi de ce procédé.

Peut-être peut-on dire tout au plus que cet accident est plus à craindre lorsqu'on est obligé de prolonger l'incision, comme l'indique M. Jalaguier, en dehors de la gaine du droit. Les conditions de la suture ne sont plus les mêmes, elles deviennent moins parfaites.

Il vaut mieux, cependant, prolonger l'incision en dehors que risquer la section de l'épigastrique. Cette artère est assez importante. Outre la perte de sang, la ligature nécessite toujours un temps d'arrêt dans l'acte opératoire qu'il est préférable d'éviter. Elle est, en effet, parfois assez difficile à pincer et à lier. Elle a pu être une cause sérieuse de gêne opératoire.

M. Jalaguier la lie entre deux pinces et la coupe, quand elle se présente.

Il faut aussi prendre bien soin de ne pas la piquer en faisant les sutures. On verrait alors se produire un hématome très gènant, qui constitue un point faible dans la paroi au niveau de la plaie, en s'opposant à sa parfaite réunion, et laisse, après son élimination, les tissus moins résistants.

On a reproché à l'incision de Jalaguier d'être mauvaise dans les cas suppurés. Mais M. Jalaguier ne l'emploie lui-même et ne la préconise qu'à froid. On a pu voir d'ailleurs que M. Routier, dont le procédé est analogue, emploie son incision systématiquement à chaud comme à froid, même quand il y a du pus.

Notons que M. Jalaguier, au cas d'appendicite franchement pelvienne, préfère l'incision de Roux ; il l'a fait toutefois un peu plus bas, près de l'arcade, et plus interne. S'il pense que l'appendice est en dehors du cæcum, il fait l'incision de Roux classique (ces restrictions visant surtout les adultes). Au cas d'appendicite à type remontant, il trouve l'incision de Mac-Burney détestable.

La plupart des Traités de technique opératoire français (Marion, Monod et Vanverts, Guibé...) adoptent l'incision de Jalaguier.

Marion l'a décrit ainsi : « Incision longue de 8 à 10 centimètres, à peu près verticale, légèrement inclinée en bas et en dedans, à égale distance de l'épine iliaque et de l'ombilic, ayant son milieu sur la ligne qui réunit ces deux points. Elle intéressera la peau, le tissu

cellulaire sous-cutané et mettra à nu très distinctement l'aponévrose.

Pour éviter l'éventration, la traversée des couches musculo-aponévrotiques doit se faire au niveau de la gaine du grand droit... »

On voit que Marion modifie légèrement le tracé de l'incision cutanée. Il récline ensuite le muscle en dedans, après avoir ouvert sa gaine, et opère pour le reste comme Jalaguier. Il réunit par un surjet les deux bords du feuillet antérieur de la gaine.

« Dans les cas, ajoute-t-il, où l'on aurait jugé bon de placer un drainage, la paroi serait reconstituée comme il vient d'être dit, sauf à la partie inférieure de la plaie.»

Je ne sache pas qu'on ait jamais employé spécialement pour l'appendicectomie le procédé qui consiste, après avoir pratiqué l'incision du feuillet antérieur du grand droit, comme le fait M. Jalaguier, à récliner le muscle en dehors au lieu de le récliner en dedans. Il aurait pour lui les avantages d'une laparotomie médiane, mais ne semble pas trouver d'indications précises dans l'appendicite simple.

* * *

Incision de Walther. — Le plus ordinairement, M. Walther fait son incision près du bord externe du droit, mais un peu oblique, non parallèle à ce bord, dirigée selon le sens de l'aponévrose du grand oblique. Elle n'a jamais plus de trois à quatre centimètres. Il fait en sorte qu'elle tombe tout près de l'insertion des fibres musculaires du petit oblique et du transverse à la ligne blanche latérale.

La peau est incisée très nettement jusqu'à l'aponévrose du grand oblique. Celle-ci est, à son tour, sectionnée sur toute la longueur de la plaie et répérée avec des pinces. M. Walther dispose alors de chaque côté deux compresses qu'il pince avec l'aponévrose, protégeant ainsi les bords cutanés de son incision. On a vu déjà que M. Jalaguier pratique cette manière de faire.

Arrivé sur la masse musculaire du petit oblique et du transverse, une simple boutonnière leur est faite jusqu'au fascia transversalis. Celui-ci est à son tour incisé, puis le péritoine, et les deux répérés ensemble avec des pinces. Alors de nouveau, deux champs, pris de chaque côté avec ces pinces viennent protéger toute l'épaisseur de la paroi incisée.

L'ouverture permet alors à peine l'introduction d'un doigt. Sous la pression du doigt, cependant, elle s'agrandit jusqu'à permettre d'en introduire un autre ; et, dès lors, les deux vont de concert, à la recherche du cæcum qui est attiré dans la plaie.

On a reproché à cette incision de rendre difficile la recherche de l'appendice, et de ne pas permettre d'explorer le côlon et l'épiploon. J'ai vu M. Walther opérer un malade porteur d'un appendice rétro-cæcal à type remontant. Cet appendice a été très facilement répéré et attiré au dehors. L'ablation faite, et l'enfouissement du moignon terminé, le cæcum a été réintégré dans l'abdomen. L'épiploon a été ensuite sorti en entier et passé en revue. Des brides épiploïques, adhérentes au côlon ont été disséquées, et ce dernier exploré jusqu'à son angle droit. Avec un peu plus de temps, l'exploration eût pu être poussée jusqu'à l'angle gauche.

On a reproché à M. Walther d'explorer ainsi l'épiploon pour le réséquer au besoin, cette résection étant parfois suivie d'hémorragies mortelles, si un point de catgut vient à manquer.

M. Walther suture la paroi par étages, voici de quelle façon : un premier surjet, au catgut, rapproche péritoine et fascia transversalis. Il faut bien veiller à prendre ce dernier avec l'aiguille ; souvent il se rétracte, et, faute de soins, peut ne pas être suturé. Un second surjet, fait avec le bout libre du même catgut, est mis sur la masse musculaire du petit oblique et du transverse. Un troisième surjet, toujours avec le même fil, suture les deux bords de l'aponévrose du grand oblique. Ici, M. Walther fait ce qu'il appelle la suture en paletot : au lieu d'affronter seulement ces deux bords de l'aponévrose, il imbrique d'un demi-centimètre à un centimètre environ, le bord externe sur l'interne ; et le surjet les maintient dans cette position. L'aponévrose est raccourcie, mais renforcée au niveau de la plaie. La peau est affrontée au crin de Florence.

M. Jalaguier reproche à cette suture à long fil de donner un plus grand nombre de chances d'infection. Il fait remarquer que s'il se produit une élimination, c'est le fil tout entier qui tendra à s'éliminer, et les différentes sutures seront disjointes.

M. Walther n'a jamais vu cet accident. Il a observé plusieurs fois des hématomes de la paroi, de petites suppurations bénignes qui n'ont jamais causé d'éventrations consécutives.

M. Walther emploie aussi quelquefois l'incision de Jalaguier.

III. — Incision sur la ligne médiane

Incision de Reymond. — Au Congrès de chirurgie de Paris d'octobre 1908, M. Reymond a préconisé la laparotomie médiane pour la pratique de l'appendicectomie. Cette incision n'est pas une chose nouvelle. Les premiers chirurgiens qui opérèrent l'appendicite l'ont presque tous employée au début.

« Si, a dit M. Reymond, la disposition de l'appendice est classique, l'intervention est aussi facile; si sa disposition est anormale, la voie médiane a plus de chances de faciliter l'accès des lésions.

« Il est, en outre, plus facile d'aborder les lésions qui peuvent coïncider avec l'appendicite et, chez la femme, elle permet d'explorer les organes génitaux. »

Ce dernier point surtout semble être le grand avantage de l'incision médiane. Il est toujours bon de visiter les ovaires, les trompes et l'utérus au cours d'une laparotomie. Et, quand des symptômes morbides se sont manifestés de ce côté, soit au cours de l'appendicite, soit antérieurement, la laparotomie médiane doit être le procédé de choix. C'est l'avis autorisé de M. le professeur Quénu.

La section de la paroi sur la ligne médiane est commode. On ne risque de blesser ni vaisseaux, ni troncs nerveux. Et sa réparation se fait dans de bonnes conditions.

On n'observe pas souvent d'éventrations post-opératoires. M. Reymond citait au Congrès de chirurgie quarante-

six appendicites opérées par la voie médiane sans décès ni éventrations, dont dix-neuf pour appendicite même, et vingt-sept pour appendicite compliquée d'autres lésions : fibromes, salpingites, etc... Et il convient de noter que M. Reymond applique son procédé même aux cas suppurés.

On a vu que M. Routier opérait ses premières appendicites par la voie médiane et comment il fut appelé à employer l'incision latérale à la suite des difficultés qu'il éprouvait parfois à libérer l'appendice et l'amener au dehors. Il est certain que l'incision de M. Reymond tombe le plus souvent loin du foyer du mal.

En revanche, que d'ablations d'appendices sains les chirurgiens n'ont-ils pas faites au cours de laparotomies médianes pour lésions d'autres organes ! Il suffit que l'appendice se présente pour qu'on le résèque.

Et il se présente toujours de lui-même quand on a soin de placer le malade sur un plan incliné. Ferron insiste dans sa thèse sur l'opportunité de la position de Trendelenburg pour la recherche pratique de l'appendice. M. Jalaguier incline légèrement ses malades, M. Walther aussi.

De même M. Gosset : « Grâce à la position déclive, dit-il, on est débarrassé des anses grêles et on arrive de suite sur le cæcum, qui, fixé dans la fosse iliaque, se présente immédiatement à la vue. »

Bien entendu, le diagnostic d'abcès doit être une contre-indication.

Fig. 4. — Schéma représentant les divers tracés de l'incision cutanée employée dans l'opération de l'appendicite.

O, ombilic, — EI, épine iliaque antéro-supérieure droite ; — La ligne pointillée représente la ligne ilio-ombilicale. Les bandes ombrées sont les muscles droits. Entre eux on voit la ligne blanche médiane, en dehors de chaque côté les deux lignes blanches latérales.

I. — Incision médiane de Reymond.

II. — Incision de Routier, Howitz.

III. — Incision de Jalaguier, Battle, Kammerer.

IV. — Incision de Max-Schüller.

V. — Incision de Walther.

VI. — Incision de Mac-Burney, Gosset.

VII. — Incision de Roux.

VIII. — Incision employée parfois pour l'appendicite pelvienne.

DEUXIÈME PARTIE

DANS LES APPENDICITES SUPPURÉES

Il n'est plus question ici de réparation parfaite de la paroi, de craintes d'éventration, de sacrifices à l'esthétique ; on veut évacuer le pus, drainer la poche qui le renferme et la nettoyer si possible ; on n'enlève l'appendice que s'il est répéré facilement — c'est du moins la conduite généralement admise — toute recherche laborieuse pouvant détruire les adhérences qui enkystent la poche et faciliter la diffusion de son contenu.

On n'obtient jamais alors la réunion de la plaie par la première intention. Elle s'infecte toujours ; les drains tiennent ses deux lèvres écartées, et il est souvent nécessaire de les maintenir longtemps plongés dans la cavité de l'abcès, qui les élimine peu à peu en se comblant.

Il est naturel qu'on observe fréquemment dans ces conditions des hernies post-opératoires, des cicatrices

difformes, quelquefois même des fistules persistantes. Quelques points, tout au plus, sont mis, qui réunissent les angles de la plaie. Encore ces points s'infectent ils souvent et deviennent-ils alors le siège d'éliminations fort gênantes.

On comprend donc que l'incision et la suture de la paroi abdominale au cas de péritonite enkystée ou généralisée d'origine appendiculaire n'aient jamais été l'objet de la part des chirurgiens de soins aussi attentifs et ingénieux que dans l'appendicectomie à froid. Ils traitent ces péritonites comme tout abcès d'un autre ordre. Le but de l'intervention est d'évacuer le pus. Les pansements, le temps et la nature médicatrice sont ici facteurs plus importants que le bistouri. Le chirurgien ne peut plus faire œuvre d'artiste ; il cherche seulement et avant tout à guérir.

Il choisit l'incision qui le mène au pus le plus directement, qui lui permet le meilleur drainage, qui menace le moins l'infection de la grande cavité péritonéale, si elle n'est pas déjà faite.

Nous verrons successivement les différents procédés qu'on a préconisés comme réunissant ces qualités dans les trois cas suivants :

1° Au cas de péritonite enkystée au siège normal de l'appendice, dans la fosse iliaque droite ;

2° Au cas de péritonite enkystée plus ou moins loin de la fosse iliaque ;

3° Au cas de péritonite appendiculaire généralisée.

∴

1. — DU CAS DE PÉRITONITE PURULENTE DE SIÈGE DE L'APPENDICE, DANS LA FOSSE ILIAQUE DROITE.

Il est presque de règle, dans l'appendicite suppurée avec péritonite circonscrite au niveau du cæcum, de pratiquer l'incision sur le siège même du mal, dans la fosse iliaque. La plus communément en pratique celle de Roux, Certes, les chirurgiens ne la font pas toujours classique : à 1 centimètre 1/2 ou 2 centimètres en dedans de l'épine iliaque, ou parfois au-dessus, ou parfois au-dessous de cette épine. Mais presque tous s'accordent à dire que l'incision de choix, dans le cas qui nous occupe actuellement, est l'incision oblique, parallèle à l'arcade crurale, s'en rapprochant plus ou moins, selon les cas, c'est-à-dire sur le type de celles de Roux, Mohamed, Poirier.

Rappelons-nous que Roux, lorsqu'il décrivit son incision, la préconisait pour « le traitement chirurgical des périty phlites suppurées. »

« Nous n'hésitons pas, écrivait-il, à lui donner une longueur de 10 à 12 centimètres (oblique iliaque prolongée) — c'est le meilleur moyen d'opérer sûrement. » — Sur ce point, tous les chirurgiens sont unanimes.

« Arrivé sur le péritoine, continue Roux on l'ouvre dans la partie supéro-externe de la plaie là où l'on est sûr de rencontrer le cæcum (côlon) ; l'index est alors engagé entre l'intestin qu'il refoule en dedans et la paroi abdominale externe, puis l'exploration est poursuivie jusqu'en arrière, lorsque le pus n'a pas jailli au pré-

mier coup, et qu'on a quelques raisons de placer le siège de l'abcès dans l'espace rétro-cæcal. Si l'on ne trouve rien, on termine peu à peu la section du péritoine et l'on continue à explorer la fosse iliaque... »

On a vu que M. Jalaguier n'emploie son procédé spécial de laparotomie que pour l'appendicite à froid. S'il intervient à chaud, s'il craint de trouver du pus et d'être forcé de drainer, il fait son incision dans la fosse iliaque.

Voici en quels termes il s'exprimait à la Société de Chirurgie, (26 juin 1895), dans un rapport sur un cas d'appendicite infectieuse, compliquée de péritonite, traitée avec succès par M. le Dr Rigal, médecin-major de 1re classe à l'Hôpital St-Martin :

« J'approuve le choix de l'incision latérale (incision oblique de 12 centimètres, à 4 centimètres au-dessus et en dedans de l'arcade de Fallope), qui est indiquée chaque fois que l'on constate un empâtement ou une manifestation quelconque prédominant du côté du cæcum. Elle donne beaucoup plus de facilité que l'incision médiane pour arriver sur l'appendice et le réséquer si on le trouve. »

Il n'est pas moins net dans le *Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus :* « Ce procédé opératoire (incision de Roux), dit-il, est applicable à tous les cas dans lesquels le péritoine pariétal est adhérent au cæcum. C'est ce qui a lieu chaque fois qu'il y a plastron, c'est-à-dire dans l'immense majorité des cas. »

Il a employé, dans certains cas d'appendicite pelvienne, une incision plus basse que celle de Roux,

plus rapprochée de l'arcade crurale et plus interne (voir fig. 4 : VIII). Il allait autrefois à la recherche de l'abcès en décollant le péritoine, comme l'ont fait Mohamed et Poirier. Mais il a complètement abandonné cette manière de faire.

Voici d'ailleurs ce que Roux écrivait dans son *Traitement de la périty phlite suppurée* : « L'incision pour la ligature de l'artère iliaque nous semble préférable (au cas d'abcès de la fosse iliaque), — pourvu qu'on ne s'en serve pas pour aller à la recherche de l'abcès en décollant, soi-disant, le péritoine. »

L'abcès étant dans le péritoine « il est préférable, dit-il, de sectionner celui-ci, et de ne pas même chercher à l'éviter. »

Comme le fait M. Jalaguier, M. Walther, lorsqu'il intervient *à chaud*, abandonne le bord externe du muscle droit. Il porte également le bistouri dans la fosse iliaque et fait son incision parallèle à l'arcade. Il recommande surtout d'inciser le plus près possible de celle-ci ou de la crête iliaque. On n'observerait jamais ainsi d'éventrations.

Il fait une ouverture large. Puis, l'abcès évacué, il conseille de placer aux deux extrémités de la plaie, dont les drains occupent le milieu, quelques points de suture soigneusement faits, rapprochant, plan par plan, les muscles et les aponévroses. Ainsi les deux bords de la plaie auront une tendance naturelle à se cicatriser.

Si l'on passe en revue les différents traités de chirurgie et de technique opératoire, on voit que tous ou presque tous préconisent l'incision de Roux pour l'appendicite suppurée au niveau de la fosse iliaque.

Marion, qui, à froid, recommande l'incision par la gaine du droit, l'abandonne complètement à chaud. Il conseille de la faire plus en dehors, longue de 10 centimètres, ayant son milieu sur la ligne qui réunit l'épine iliaque à l'ombilic et située à 2 cm. 1/2 environ en dedans de l'épine iliaque, intéressant successivement, sur une même ligne, la peau, l'aponévrose du grand oblique, les muscles petit oblique et transverse.

C'est, à peu de chose près, l'incision classique de Roux.

Marion ne donne que 10 centimètres, mais recommande un drainage large. Il conseille, comme Walther, la fermeture partielle de la plaie à ses angles. « Mais il vaut mieux, dit-il, laisser trop ouvert que trop fermer. »

Pour ces sutures aux angles, on les fera sur trois plans : péritoine, muscles et peau ; et, point intéressant, il est bon, dit-il, de faire les sutures profondes au gros catgut, et par points séparés, afin que lors de l'élimination des fils, à peu près fatale, celle-ci soit plus facile que s'il s'agissait d'un surjet.

Lejars, envisageant l'appendicite avec péritonite enkystée, s'exprime ainsi dans sa *Chirurgie d'urgence* : « Faites une incision d'environ 10 centimètres, légèrement courbe, à un doigt en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure qui en marque le milieu. S'il existe une grosse poche fluctuante, l'incision portera en plein sur sa partie moyenne ; dans les autres cas, il sera toujours bon de se rapprocher autant que possible du bord externe de la fosse iliaque. »

En somme, il est généralement conseillé, chaque fois que cela est possible, d'inciser très en dehors, près de

la crête iliaque, oûtres en bas, pres de l'arcade crurale.

On peut faire ainsi un drainage direct, en un point déclive, et on a des chances d'éviter l'éventration.

Même lorsqu'on n'ouvre pas l'abces, et qu'on se contente de faire appel au pus par une meche de gaze laissée sur le foyer, comme le préconisait M. Quénu en juillet 1895 à la Société de chirurgie, c'est encore l'incision oblique iliaque qui permet de faire le drainage le plus simple, le plus court, celui qui donne le plus de chances au pus de sortir avec facilité.

La meme année, Reynier préconisait de son côté à la Société de chirurgie l'ouverture simple de l'abcès et son drainage sans recherche, souvent difficile, et ablation de l'appendice. L'incision la meilleure est donc, pour lui celle qui conduit directement sur l'abcès. « C'est, disait-il, la douleur ou mieux l'empâtement, qui doit faire choisir le tracé de l'incision. Dans la majorité des cas, le foyer purulent étant dans la fosse iliaque, l'incision la meilleure pour l'aborder sera l'incision parallèle à l'arcade crurale, partant un peu au-dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure. — Mais, dans quelques cas, cette incision devra etre reportée plus pres de la ligne médiane. Il m'est arrivé dans un cas d'ouvrir par une incision parallèle un muscle droit. Dans ces cas, l'appendice est déplacé, et, par suite, le siége du foyer purulent auquel sa perforation a donné naissance. »

On se souvient que M. Routier emploie son incision à travers le droit même dans l'appendicite a chaud, et que, lorsqu'il peut supprimer rapidement le drainage,

il dit observer fréquemment une réparation rapide de la paroi.

On a vu également que si Mac-Burney conseille son procédé exclusivement pour l'appendicectomie à froid, M. Gosset est beaucoup plus large, et constate que ce procédé permet « le drainage le plus direct ». Il ajoute même un peu plus loin : « Si l'on tombe sur un abcès péri-appendiculaire, il sera bien simple de transformer, en débridant en haut et en bas, l'incision de Mac-Burney en une incision de Roux. »

M. Reymond qui a vanté les avantages de la laparotomie médiane pour l'appendicectomie a dit dans son rapport : « Dans la majorité des cas, la cavité péritonéale est en plus grande sécurité. En principe, il est plus chirurgical pour enlever un foyer infectieux intrapéritonéal d'ouvrir d'abord le péritoine et de le protéger avant d'attaquer le foyer lui-même. Exception doit être faite pour les cas où l'abcès est nettement constitué et où l'intervention doit se borner à ouvrir cet abcès.»

Roux parle en ces termes de la laparotomie médiane : « Nous croyons qu'il faut réserver la laparotomie médiane à la péritonite d'emblée et qu'on ne devra en aucun cas avoir recours à cette incision lorsqu'on attaque une forme ordinaire de périty phlite suppurée. Du moment qu'on veut éviter l'infection du péritoine, il ne faut pas commencer par ouvrir largement la séreuse. On en peut dire autant et pour les mêmes raisons de la laparotomie latérale de Max-Schüller au bord externe du muscle droit. »

Voici fait au cas d'abcès appendiculaire de sa fosse

iliaque, le procès des diverses incisions, que nous avions vues employées pour l'appendicectomie. Une seule subsiste : l'incision de Roux. C'est la plus généralement employée.

II. — Au cas de péritonite enkystée hors de la fosse iliaque droite

Il est anormal et relativement peu fréquent de trouver l'abcès d'une péritonite enkystée appendiculaire hors de la fosse iliaque droite.

Cependant, nombre d'exemples en ont été signalés depuis que l'attention des chirurgiens a été attirée sur cette vaste question de l'appendicite.

Soit que le siège même de l'appendice soit anormal (type ascendant, type descendant, type rétro-cæcal, type latéral interne) et que la péritonite soit survenue au foyer même du mal, soit que par le fait de migrations microbiennes, elle ait pris naissance à distance de ce foyer, on a observé des abcès appendiculaires pelviens, des abcès rétro-cæcaux, ilio-inguinaux gauches, péri-ombilicaux, etc... On a même observé des formes de péritonite enkystée péri-néphrétique; sous et sus-hépatique.

L'incision de ces différents abcès porte naturellement sur leur siège même. On les évacue par voie directe.

C'est ainsi qu'au cas d'appendicite pelvienne, outre l'incision parallèle à la moitié interne de l'arcade droite, et tout contre elle, préconisée entre autres par M. Jalaguier, on a conseillé, lorsqu'on trouve un plastron remontant au-dessus du pubis et des arcades, d'inciser

juste sur ce plastron, au-dessus du pubis, au-dessus de l'une ou l'autre arcade. C'est surtout, au cas où les adhérences péritonéales ne remonteraient pas jusqu'au pubis et qu'on ne sentirait pas de plastron, qu'il y aurait avantage à inciser très près de l'arcade, et à chercher à atteindre la collection sans ouvrir le péritoine libre, en décollant la séreuse.

Pour certains de ces abcès, bas situés dans le bassin, et bombant chez la femme dans le cul-de-sac de Douglas, la voie vaginale est tout indiquée. M. le professeur Quénu m'a cité plusieurs cas d'appendicite suppurée pelvienne opérés ainsi et guéris dans son service par la colpotomie.

Pour les abcès pré-cæcaux, qu'on sent nettement fluctuants au toucher rectal, l'ouverture par le rectum, sur sa paroi antérieure, a été employée. Fréquemment d'ailleurs, si l'on n'intervient pas, c'est la voie naturelle que suit l'abcès pour s'évacuer ; peu à peu la paroi rectale s'amincit, finit par s'ulcérer ou se rompre et laisse sourdre le pus. Il est donc naturel que les chirurgiens aient cherché à devancer la nature en employant cette voie.

C'est l'école de Lyon, surtout, qui s'est montrée partisan de cette manière de faire. Jaboulay s'est chargé de décrire la technique opératoire de cette intervention (*Lyon médical* 1898) :

Aprés dilatation de l'anus, il introduit deux doigts dans le rectum et fait une incision transversale sur la paroi rectale avec une paire de ciseaux mousses qui suivent rigoureusement les deux doigts introduits dans le

rectum ; l'abcès s'évacue. Sa poche vidée, il introduit deux drains qui sont enlevés au bout de deux ou trois jours. « Si l'on craint que les matières fécales ne passent du rectum dans le foyer purulent, on peut, dit-il, abaisser la perforation artificielle que l'on a faite au rectum et la suturer à la moitié antérieure de la circonférence anale ; la moitié postérieure de la circonférence sera suffisante pour livrer passage aux matières et aux gaz. »

On sait d'ailleurs l'innocuité relative d'une communication morbide ou chirurgicale qui vient à être établie entre le rectum et ces péritonites enkystées au devant de lui.

« Si l'on voulait attaquer une appendicite pelvienne par en bas, dit Ferron dans sa thèse, nous conseillerons la voie vaginale chez la femme, la voie pré-rectale chez l'homme. »

On a reproché à l'intervention par le rectum de n'être pas toujours facile.

Mauclaire, ayant plutôt en vue le traitement des péritonites généralisées, a décrit, dans les *Bulletins de la Société Anatomique* de 1895, un procédé pour effectuer le drainage abdomino-périnéal chez l'homme. « On peut, dit-il, ouvrir directement le cul-de-sac de Douglas par le périnée. Dans ce cas, après avoir fait une incision jusqu'au bulbe, on introduit l'index revêtu d'un doigt en caoutchouc dans le rectum ; on suit la paroi antérieure du rectum, en passant derrière l'aponévrose prostato-péritonéale ; arrivé au-dessus de la prostate, on accroche avec l'ongle de l'index droit, dirigé

en haut et en avant vers l'ombilic, le cul-de-sac péritonéal qui peut filer sous le doigt. »

Mauclaire ne l'avait fait que sur le cadavre. Une seule intervention de ce genre aurait permis à Sutton de guérir un de ses malades ; et Delanglade, de Marseille, ayant plusieurs fois suivi cette voie, en a obtenu de bons résultats.

Dans le cas d'abcès rétro-cæcal, bombant dans l'espace costo-iliaque et à la région lombaire au-dessus de la crête iliaque, Grinda, de Nice, a préconisé la méthode suivante : on fait une incision qui suit le bord externe de la masse sacro-lombaire et s'incurve dans la partie inférieure pour se prolonger parallèlement et à un travers de doigt au-dessus de la crête iliaque jusqu'à 3 centimètres en avant de l'épine iliaque antéro-supérieure.

« Cette incision serait applicable aux autres variétés d'abcès, grâce à son prolongement antérieur dans la fosse iliaque ; de plus, elle exposerait moins aux éventrations que l'incision de Roux et assurerait mieux le drainage puisqu'elle est en un point déclive. »

Je n'ai pas cru devoir rapporter cette incision dans la partie traitant de « ces autres variétés d'abcès » dans la fosse iliaque.

Elle peut être employée pour les abcès à symptômes lombaires.

Notons que les péritonites enkystées derrière le cæcum et le côlon ascendant peuvent ulcérer leur paroi en contact et s'ouvrir ainsi dans l'intestin. Et Dieulafoy fait remarquer à ce propos que « bon nombre de faits, considérés autrefois comme des exemples de typhlite

terminée par perforation du cæcum et par périty phlite, ne sont autre chose que des lésions cæcales et péricæcales, consécutives elles-mêmes à une lésion appendiculaire, qui est la première en date. »

On a vu l'abcès rétro-cæcal fuser vers la fosse iliaque. Il est alors passible d'une incision de Roux.

De même qu'on voit des abcès s'ouvrir dans le cæcum, le côlon, le rectum, on en voit s'ouvrir dans la vessie, dans la cavité de Retzius, provoquer une psoïtis, fuser par le canal crural, le canal inguinal et jusque dans les bourses.

Dans ces différentes modalités, on pratique l'incision que l'on juge devoir donner l'évacuation la plus parfaite et le meilleur drainage. Il n'y a pas de règle fixe.

L'abcès péri-ombilical sera traité par l'incision directe sur son siège.

Pour certains abcès périnéphrétiques, on a parfois employé l'incision de la néphrotomie, de la néphropexie.

Pour les abcès périhépatiques, sous-phréniques, les incisions doivent varier avec les cas. Les abcès rétro-péritonéaux peuvent être ouverts par la voie lombaire, comme l'a conseillé Kœrte. Ceux qui sont situés entre le diaphragme et la face supérieure du foie, et qui abaissent suffisamment cet organe, peuvent être incisés parallèlement au rebord costal. — Enfin dans certains cas d'abcès ayant transfusé au travers du diaphragme et se trouvant au contact de la plèvre, on pourra être appelé à faire l'incision d'une pleurotomie dans un espace intercostal ou même à réséquer une portion de côte, comme

nous l'avons lu dans un cas de M. Jalaguier. On pourra être forcé d'employer la voie transpleurale.

Si la plèvre s'est infectée, à plus forte raison si l'abcès s'est ouvert dans la plèvre, l'opération classique de l'empyème est tout indiquée.

Nous avons ainsi envisagé les principales variétés d'abcès appendiculaires qui peuvent se présenter en dehors de la fosse iliaque.

Il faut noter encore les abcès secondaires, erratiques, à distance, dus à des migrations microbiennes loin de leur foyer d'origine, et qui peuvent survenir même après l'appendicectomie, si celle-ci a été faite assez tardive pour que la migration microbienne ait pu commencer. Ces foyers se collectent fréquemment dans le bassin. Tuffier en ouvrit un, au niveau du grand oblique.

Tous ces abcès sont traités comme une collection de pus banale.

Il sera souvent bon de pratiquer une seconde intervention au niveau préjugé de l'appendice, pour réséquer celui-ci si possible et nettoyer le foyer initial. Il arrive que l'appendice gangrené s'élimine de lui-même avec le pus par l'ouverture spontanée ou chirurgicale qui a permis à celui-ci de s'évacuer. Mais, il peut rester au foyer du mal, il peut ne pas être complètement mortifié et éliminé, l'abcès a pu se former par simple transsudation, migration microbienne, à travers ses parois, et il peut être de nouveau après l'évacuation de celui-ci un foyer d'infection qui retrouvera peut-être quelque jour sa virulence.

*
* *

III. — Au cas de péritonite appendiculaire généralisée

En lisant les *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, on peut voir qu'au cours d'une de ses séances (juillet 1895), M. le professeur Quénu donnait trois formes à l'appendicite avec infection générale du péritoine :

1° Une forme perforante et foudroyante avec septicémie péritonéale sans lésions de péritonite ;

2° La péritonite suppurée, non enkystée ;

3° La péritonite généralisée, mais avec enkystement de la suppuration.

« Le traitement, dit-il, est la laparotomie avec lavage et drainage : médiane pour les deux premières formes, au centre du magma perçu pour le troisième type, c'est-à-dire en général le long du bord externe du grand droit. »

Cette dernière forme de péritonite est, si l'on veut, un vaste abcès parti de l'appendice et dont le centre est à droite de la ligne médiane.

Chez les enfants, M. Jalaguier pratique volontiers cette laparotomie sur le bord du droit. Elle conduit directement sur le siège ordinaire de l'appendice que l'on a plus de chances ainsi de pouvoir réséquer.

C'est surtout dans la première forme indiquée par M. Quénu et qui répond (perforation de l'appendice en moins, toutefois), à l'appendicémie, à l'intoxication suraiguë plutôt qu'à l'infection du péritoine, que l'ablation précoce de l'appendice, foyer toxi-infectieux, sem-

ble nécessaire. Aussi, dans ce cas, sera-t-il bon de joindre, à l'incision médiane, une incision de Roux, menant directement sur l'appendice.

Même pour la seconde forme de péritonite suppurée vraie, généralisée, la plupart des auteurs qui traitent de la question recommandent l'incision iliaque accompagnée d'une laparatomie médiane.

A. Guinard, dans le *Traité de Chirurgie de Le Dentu et Delbet*, veut plus encore. Il conseille de multiplier les incisions, pour assurer un drainage soigné.

« Je dirai même, dit-il, que Peyrot et moi, nous avons érigé en pratique courante les incisions multiples de la paroi abdominale (Peyrot, *Société Chir.*, 5 mai 1897) quand il nous est bien démontré que la généralisation de l'infection à toute la séreuse est hors de doute.

« Une incision symétriquement placée de l'autre côté (l'incision de Roux étant pratiquée) se fait très rapidement si on a soin d'introduire la main gauche dans l'abdomen par la première incision et de faire saillir de dedans en dehors, loin des anses intestinales, la paroi abdominale. »

Et il cite un cas du service de Peyrot, où il a pu obtenir la guérison en faisant ainsi cinq incisions, dont l'une sur la ligne médiane, deux autres comme pour la ligature des artères iliaques externes et les deux dernières symétriquement conduites le long du bord des fausses côtes, à droite et à gauche.

La main gauche est dans ces cas-là un excellent guide pour le bistouri et les ciseaux.

Guinard recommande avec Peyrot, et c'est la prati-

que généralement adoptée, croyons-nous, de ne pas fermer ces incisions par des sutures, de laisser tous ces orifices béants, en ayant soin seulement de les bourrer de gaze stérilisée de chaque côté des drains placés deux à deux au milieu de chaque ouverture.

On peut encore employer le drainage à la Mickulicz.

Un point qui ne semble contesté par personne est la nécessité qu'il y a pour le chirurgien dans tous ces cas d'opérer rapidement. Tout retard dans l'intervention doit être considéré comme préjudiciable au patient.

CONCLUSIONS

1° *Dans les appendicites non suppurées*, on a employé surtout deux incisions :

l'incision de Roux, dans la fosse iliaque, parallèle à l'arcade de Fallope ;

et l'incision sur le bord externe du muscle grand droit, dont le type est celle de Jalaguier.

Il semble que l'incision classique de Jalaguier, avec ses sutures à étages non superposés, doit enlever toute crainte d'éventration post-opératoire. A ce point de vue, c'est l'incision de choix ; elle est supérieure à celle de Roux.

Le procédé de Mac-Burney est, aussi, excellent ; il redonne à la paroi sa solidité primitive.

La laparotomie médiane doit être choisie chaque fois que l'appendicite est accompagnée de lésions des organes du bassin, utérus ou annexes, par exemple.

2° *Dans les péritonites enkystées au niveau de l'appendice*, presque tous les chirurgiens pratiquent l'incision de Roux, plus commode pour la recherche de l'abcès et le drainage.

3° *Dans les péritonites enkystées, d'origine appendiculaire, mais situées plus ou moins loin de la fosse iliaque,* on évacue d'abord l'abcès par une incision portant directement sur son siège : et l'on pratique ensuite l'incision de Roux pour aller à la recherche de l'appendice suppuré et nettoyer le foyer primitif, s'il y a lieu.

A la suite de ces cas, où l'on est obligé de drainer, et où l'on n'obtient jamais la réunion de la plaie par première intention, il est fréquent d'observer des éventrations et des cicatrices défectueuses. On restaurera la paroi, s'il est utile, par une seconde intervention.

4° *Dans les péritonites appendiculaires généralisées,* la règle est d'ouvrir largement par plusieurs incisions. On pratique d'abord celle de Roux, dans la fosse iliaque droite ; puis, on lui adjoint, selon les cas, une incision symétrique du côté gauche, une laparotomie médiane, et même, si on le juge à propos, deux incisions symétriquement placées de chaque côté, sous les fausses côtes. On opère vivement ; et on laisse toutes ces ouvertures béantes, largement drainées, et seulement bourrées de gaze stérilisée.

Vu : le Président de la thèse
QUÉNU

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Consulter les Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, depuis 1890.

Assmry. — Beitrage zur Kl. Chirurgie, 1899.

Battle. — A case of incision for removal of Appendix, arranged for the certain prevention of Hernia. Exhibited Nov. 22, 1895. *Transact. of the clin. Soc. of London*, 1896, XXIX.

Broca. — L'appendicite, formes et traitement, 1900.

Brun. — Traité des maladies de l'enfance de Grancher et Comby. Article *Appendicite*, 2e éd., II, 1904.

— *Presse médicale*, 18 juillet 1896.

Cochot. — Complications post-opératoires de l'appendicite, et, en particulier, des pseudo-crises, des fistules et des éventrations (*thèse Paris*, 1898-1899).

Ferron. — Contribution à l'étude du manuel opératoire dans l'appendicite (*thèse Paris*, 1900).

Gosset. — Technique de l'appendicectomie (*Presse médicale*, 23 sept. 1905).

Granboulan.— Résection à froid de l'appendice (*thèse Paris*, 1896-1897).

Grinda (de Nice). — De l'incision lombo-iliaque dans le traitement des appendicites suppurées (*Revue de Chirurgie*, Paris, 1897, n° 10).

Guibé. — Abdomen. Précis de technique opératoire par les prosecteurs de la Faculté de médecine de Paris, 1905-1907.

Guinard. — Traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet, article *Appendicite*, 1899.

Howitz. — Congrès des chirurgiens du Nord, de Gœteborg, 1893.

Jaboulay. — *Lyon médical*, 1898.

Jalaguier. — Traité de chirurgie de Duplay et Reclus, article *Appendicite*, 2e édit., 1898.

— Traitement de l'appendicite, procédé opératoire destiné à assurer la reconstitution solide de la paroi abdominale après l'excision à froid de l'appendice. (*Presse médicale*, 2 fév. 1897).

Kammerer. — *Médical Record*, New-York, déc, 1897.

Koerte. — *Berliner Klin. Woch.*, 1891.

Konindjy. — Appendicectomie ; difficultés de l'opération et accidents consécutifs (*thèse Paris*, 1897-1898).

Lavabre. — De l'intervention chirurgicale dans les diverses formes d'appendicite (*thèse Lyon*, 1897).

Legueu. — Traitement de l'appendicite, 1899.

Lejars. — Chirurgie d'urgence, 5e éd., 1906.

Mac-Burney. — The incision made in the abdominal wall in cases of appendicitis, with a description of a new method of operating. *Annals of Surgery*, July 1894. Philadelphia,

Marion. — Manuel de Technique chirurgicale, 3e éd., 1908.

Mauclaire. — *Bulletins de la Société anatomique*, 1895.

Max-Schuller. — *Arch. f. Kl. Chirurgie*, Berlin, 1889, *XXXIX*.

Mohamed. — Cl. Soc. of London (*The Lancet*, 1884).

Monod et Vanverts. — Traité de technique opératoire, 2e éd., 1907.

— L'appendicite.

Poirier. — Sur le traitement de l'appendicite aiguë (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, juillet 1898, *XXIV*).

Renaudière de Vaux. — Contribution à l'étude des éventrations post-opératoires par atrophie musculaire (*Thèse Paris*, 1901).

Reymond. — Avantages de la laparotomie médiane pour pratiquer l'appendicectomie (21e Congrès de Chir. français), *Semaine médicale*, 22 oct. 1908.

Routier. — Presse médicale, 1900.

— *Bulletins et mém. Soc.Chir. de Paris*, juillet 1895.

Roux (de Lausanne). — Traitement chirurgical de la périty phlite suppurée, *Revue médicale de la Suisse Romande*, 1890, n° 4.

Sonnenburg. — Pathologie und Therapie der Perityphlitis, III, Auflage, 1898, Leipzig.

Terrier. — De l'appendicite (Leçon à la Faculté de médecine, été 1899, recueillie par M. Baudouin et A. Gosset) *Revue de chirurgie*, XXI, 1900.

Veau. — Pratique courante et chirurgie d'urgence (Précis de Technique opératoire par les prosecteurs de la Faculté de médecine de Paris, 1905-1907).

Vignard. — De l'appendicectomie (*thèse Lyon*, 1897).

Impr. des Facultés, A. MICHALON, 10, rue de Vaugirard, Paris